Aus der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln
(Direktor Prof. Dr. Ehrmann)

Ueber Empyeme nach Influenza

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

Leo Dinkin

aus Witebsk, Rußland

Tag der Promotion: 24. Januar 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n : Prof. Dr. **Killian**
R e f e r e n t e n : Prof. Dr. **Goldscheider**
Prof. Dr. **Ehrmann**

Während der zweiten Grippe-Epidemie, die Ende September 1918 begann, konnte die Beobachtung gemacht werden, daß die Lungenkomplikationen sehr oft die Pleura in Mitleidenschaft zogen; am häufigsten war es der Fall in den letzten Monaten der Epidemie. Unter den 626 Grippekranken, die vom 1. Oktober 1918 bis zum 1. Januar 1919 im hiesigen Krankenhause aufgenommen wurden, wiesen 330, also 52 %, pneumonische Infiltrationen auf, und von den letzteren war wiederum eine beträchtliche Anzahl — nämlich 47 — (14 %) von Pleuraexsudaten begleitet. Diese Exsudate bildeten sich entweder gleichzeitig mit der Pneumonie ziemlich schnell zurück, oder sie bildeten sich trotz des Zurückgehens der Lungeninfiltrationen weiter aus.

Abgesehen von einigen rapid verlaufenden letalen Fällen, bei denen der schnell vereiternde Erguß als Teilerscheinung einer allgemeinen schweren septischen Infektion aufzufassen war, nahmen die Exsudate einen mehr oder minder protrahierten Verlauf mit schließlicher Vereiterung.

Nach dem Zurücktreten der pneumonischen Erscheinungen und der durch die Grippeinfektion verursachten Kreislaufschwäche wurde in diesen Fällen, zum Teil nach hervorgehenden Entlastungspunktionen, die Rippenresektion vorgenommen.

Die Heilungsdauer der resezierten Empyme stand nicht in Zusammenhang mit dem Zeitpunkte der Operation und betrug 4—8 Wochen.

Während der Ausbildung des Empyems traten oft vorübergehende Fieberremissionen mit Stillstand der Vereiterung ein; bei einem Teil der Fälle stellte sich schließlich im Anschluß an eine Remission eine spontane Resorbtion des Exsudates ein.

Die Exsudatproben enthielten während der fortschreitenden Vereiterung fast immer Mikro-Organismen und zwar vor allem Diplo-Streptokokken, daneben auch Pneumo- und Staphylokokken; während der Remissionen und vor allem nach dem Umschlag zur Resorption waren die Eiterproben steril.

Bei fortschreitender Vereiterung war eine teilweise hochgradige Leukozytose im Blute nachweisbar, die sich bei Auftreten von Resorptionserscheinungen zurückbildete; bei resezierten Patienten sank die Leukozytenzahl nach dem Nachlassen der Sekretion aus der Thoracotomiewunde ebenfalls bis zur Norm.

Somit konnten auch prognostische Schlüsse aus den bakteriologischen Befunden und dem Leucocytengehalt des Blutes gezogen werden; wenn nämlich bei einem fiebernden Patienten mit serofibrinösen Erguß eine Leukozytose bestand, und gleichzeitig im Pleurapunktat Eitererreger nachweisbar waren, so konnte eine fortschreitende Vereiterung des Ergusses mit schließlicher Empyembildung mit Sicherheit angenommen werden.

Auszug aus der Literaturangabe:

R. Stich, D. m. W. 1919, Nr. 25.
Leichentritt, D. m. W. 1918, Nr. 51.
Dubs, Korr. f. schweiz. Aerzte 1919, Nr. 1.

Lebenslauf.

Ich, Leo Dinkin, bin am 27. September 1892 als Sohn des Kaufmanns Hirsch Dinkin in Witebsk in Rußland geboren. 1900 übersiedelten meine Eltern mit mir nach Riga, wo ich 1909 eine Oberrealschule absolvierte. Seit dem Winter-Semester 1909 studierte ich in Deutschland Medizin, und zwar bis 1912 in Bonn, von 1912 bis 1914 in Heidelberg. Nach einer durch den Krieg verursachten Unterbrechung studierte ich seit 1920 in Berlin, wo ich am 24. 1. 1921 das Examen Rigorosum bestand. Seit Oktober 1917 arbeitete ich an der inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln, Dir. Prof. Dr. Ehrmann, wo ich die vorliegende Arbeit verfaßte. Herrn Prof. Ehrmann bin ich für die Ueberweisung des Themas und die Unterstützung zum aufrichtigen Dank verpflichtet.